

ฉบับ

เอกสารควบคุม 39

โรงพยาบาลลำพูน	SOP-PHA-012
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : หลักปฏิบัติในการเบิก-จ่ายยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ของหน่วยเบิก	
วันที่ประกาศใช้ : 4 ส.ค. 2545	พิมพ์ครั้งที่ : 1
ผู้จัดทำ : ญ.ทิวรัตน์ อินปันแก้ว/หัวหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน	แก้ไขครั้งที่ : 0
ผู้ทบทวน : ญ.สมพงศ์ คำสาร/หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	
ผู้อนุมัติ : นพ.วรพจน์ พิทักษ์ดำรงวงศ์	ผู้แทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR)

แก้ไขครั้งที่	วันที่แก้ไข	หมายเลขใบขอแก้ไข	รายละเอียด

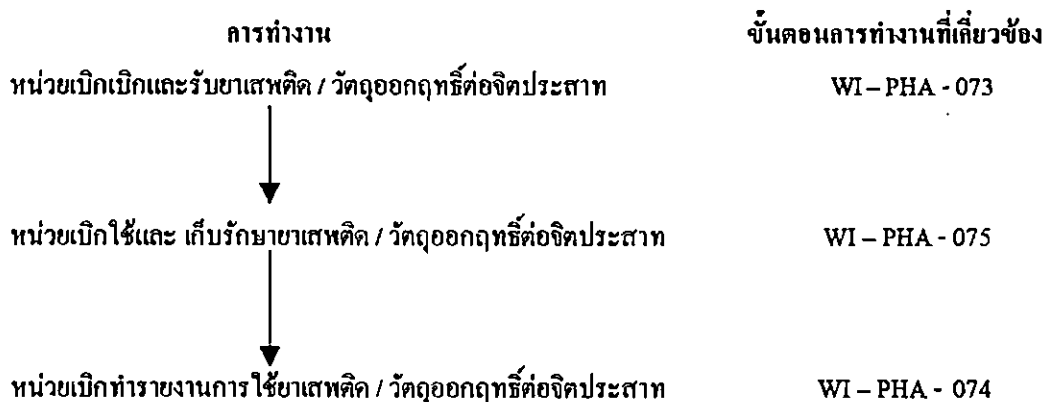
เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-012	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : หลักปฏิบัติในการเบิก-จ่ายยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ของหน่วยเบิก			
วันที่ประกาศใช้ :	4/5/2543	แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 1/1

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นหลักปฏิบัติในการเบิก-จ่ายยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของหน่วยเบิก

ขั้นตอนการทำงาน



เอกสารแนบท้าย

- สมุดลงลายมือชื่อ - รับยาเสพติด (FR - PHA - 034)
- ใบ ชส.5 (SD- PHA- 019)
- ใบ ชส.6 (SD - PHA - 019)
- ใบ บจ.8 (SD - PHA - 019)
- ใบแทนการเบิก (FR - PHA - 040)
- แบบฟอร์มรายงานการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR - PHA - 026)

บันทึกคุณภาพที่จะเกิดขึ้นตามระเบียบปฏิบัติงานนี้

- สมุดลงลายมือชื่อ - รับยาเสพติด (FR - PHA - 034) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ ชส.5 (SD- PHA- 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ ชส.6 (SD - PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ บจ.8 (SD - PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบแทนการเบิก (FR - PHA - 040) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- แบบฟอร์มรายงานการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR - PHA - 026) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

25

Morphine 10 mg/ml (mg)			เดือน ธันวาคม 2544		
วันที่	แพทย์/รพ.	Lot No.	ปริมาณ	แพทย์	รพ.
22/11/44	AN	51 (10147-50)	40	Dr.	SR
23/11/44	AN	543504 (02313)	=		
24/11/44	AN	543504 (02313)	10		
25/11/44	AN	543504 (02313)	20		
30/11/44	AN	543504 (02313)	5		
1/12/44	AN	51 (10148-4)	40	Dr.	SR
"	AN	543504 (02313)	10	Dr.	SR
2/12/44	AN	543504 (02313)	5		
12/12/44	AN	543504 (02305-3)	20	Dr.	SR
14/12/44	ER	543504 (02305)	9		
19/12/44	AN	51 (10141-2)	20		
"	AN	543504 (02301)	10	Dr.	SR
"	AN	543504 (02305)	4	Dr.	SR
20/12/44	AN	543504 (02305)	5		
"	AN	543504 (02345)	2		
21/12/44	AN	543504 (02305)	7		
25/12/44	ICU	543504 (02344)	3		
"	AN	543504 (02344)	4		
"	AN	543504 (02342-3)	20	Dr.	SR
26/12/44	ER	543504 (02344)	2		

รวม

254

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2

ฉบับนี้

แบบ ยส.5

เอกสารควบคุม

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/
ใบอนุญาตประกอบกิจการบำบัดโรคสัตว์ เลขที่.....อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนนจามเทวี หมู่ 11
ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

1. MORPHINE INJ 0.01 GM/ML	จำนวน	AMP.
2. PETHIDINE INJ 0.05 GM/ML	จำนวน	AMP.
3. CODEINE INJ 0.015 GM/ML	จำนวน	AMP.
4. FENTANYL INJ 0.0001 GM/2ML	จำนวน	AMP.
5. COCAINE INJ.....%	จำนวน	ML.
6. MORPHIE TAB 0.01 GM/TAB	จำนวน	เม็ด
7. CODEINE TAB 0.015 MG/TAB	จำนวน	เม็ด
8.		

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา/วิสัญญี/ผ่าตัดกรอก
ข้าพเจ้าได้คิดค่ายาลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์/ค่าดมยา/
ค่าผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว.....AMP./เม็ด/ML
(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง
หมายเหตุ ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก



รายงานประจำเดือน.....ส.ส.....แบบ บ.ส.6
 ยานาดำพัน.....ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท ก.....พ.265/2533
อยู่เลขที่.....177.....ถนน.....จวนแก้ว
 บด/แขวง.....ถนน.....อำเภอ/เขต.....เมือง.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....510020-2

ไต่ถามจาก	ไป	(ปริมาณ กรั้ม หรือ ช.ม.3)			หมายเหตุ
		รับ	จ่าย	คงเหลือ	
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับเอกสารควบคุม

แบบ บจ.8

ใบสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกำกับการนำวัตถุเสพติด เลขที่อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน จามเทวี หมู่ 11 ตำบล คันธง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการวัตถุออกฤทธิ์ที่สั่งจ่ายและจำนวน

- | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| 1. TRIAZOLAM 0.25 MG (HA-CI-ON) | จำนวน | เม็ด. |
| 2. FLUNITRAZEPAM 2 MG (ROHYPNOL) | จำนวน | เม็ด. |
| 3. MIDAZOLAM 15 MG (DORMICUM) | จำนวน | เม็ด. |
| 4. MIDAZOLAM 15 MG/3ML (DORMICUM) | จำนวน | amp. |
| 5. PSEUDOEPHEDRINE 60 MG (PSEUDOMED) | จำนวน | เม็ด. |
| 6. KETALAR 50 MG/ML (10 ML) | จำนวน | ML |
| 7. | | |

ให้แนบชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของตัวซึ่งรับการนำส่ง.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ารับสั่งจ่ายนี้ที่ห้องจ่ายยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ศึกษายาลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

รายนาม.....AMP/เม็ด

หมายเหตุ ให้ใช้ด้วยความระมัดระวังในการออก

(ลงชื่อ).....

(กรุณาให้แพทย์รับใบ บจ.8 ให้เขียนรายนามก่อนเบิกยา)

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับ

ใบแทนสิ่งจ่ายยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์
(ใช้แทนกรณีแพทย์ยังไม่ได้รับใบส 5 /บจ 8)

วันที่.....เวลา.....

ตึก.....

รายการ

จำนวน

(บจ 5)

1.MOPHINE 10mg/tab

.....เม็ด

2.CODEINE 15mg/tab

.....เม็ด

(บจ 8)

1.TRIAZOLAM 0.25mg(HACION)

.....เม็ด

2.NITRAZEPAM 5mg(MOGADON)

.....เม็ด

3.FLUNITRAZEPAM 2mg(ROHYPNOL)

.....เม็ด

4.MIDAZOLAM 15mg(DORMICUM)

.....เม็ด

5.MIDAZOLAM 15mg/3ml(DORMICUM)

.....หลอด

6.PSEUDOEPHEDRINE 60mg(PSEUDOMED)

.....เม็ด

ชื่อผู้ป่วย.....

ชื่อแพทย์ผู้ส่งจ่าย.....

ส่งรายงาน

คืนยา

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

.....หลอด

.....หลอด

.....เม็ด

.....เม็ด

ลงชื่อ.....ผู้รับยา (หัวหน้าเวร)

(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน/ยาคืน

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ห้องจ่ายยา.....เวร.....

วันที่.....ห้องจ่ายยา.....เวร.....

หมายเหตุ

- * ต้องแนบใบนำมพร้อมใบสั่งยา
- * หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามใบส 5/บจ 8 คืนห้องยา หรือ กรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยา/ใช้ยาไม่หมด หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการคืนยาด้วย
- * ใบแทนนี้ใช้กับยาที่มีรายชื่อที่ระบุไว้เท่านั้น สำหรับยาเสพติดอื่นที่เบิกไป stock ที่ห้องผู้ป่วยแล้ว ให้ใช้ใบส 5 ทุกครั้ง

ต้นฉบับ

แบบรายงานการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษ ประจำเดือน.....พ.ศ.....

57 Morphine inj / Pethidine inj / Codeine inj

หอผู้ป่วย.....

[illegible]